

Haben Sie eine Harninkontinenz ☐ oder Stuhlinkontinenz ☐

Wie viel trinken Sie am Tag?

Wie häufig müssen Sie am Tag Urin / Stuhl lassen?

Wie häufig müssen Sie nachts Urin /Stuhl lassen?

Verlieren Sie ungewollt Urin / Stuhl?

selten ☐ täglich ☐ mehrmals täglich ☐

Geht Ihnen beim Lachen, Lasten tragen oder nachts ungewollt Urin ab?

Geht Ihnen beim Laufen ungewollt Stuhl ab?

Müssen Sie sofort eine Toilette aufsuchen, wenn Sie einen Harndrang / Stuhlgang verspüren?

Können Sie den Harnstrahl willentlich unterbrechen?

Ist der Harnstrahl schwächer als früher?

Haben Sie das Gefühl, dass die Blase nach dem Wasserlassen vollkommen leer ist?

Haben Sie Kinder geboren?